QVAEDAM DE REDVCTIONE LVXATIONVM HVMERI ET FEMORIS.

DISSERTATIO INAVGVRALIS CHIRVRGICA

QVAM

SVMMORVM IN MEDICINA ET CHIRVRGIA HONORVM AVCTORITATE AMPLISSIMI MEDICORVM ORDINIS IN VNIVERSITATE FRIEDERICIA GVILELMIA RHENANA

RITE OBTINENDORVM CAVSA

VNA CVM SENTENTIIS CONTROVERSIS

DIE XII MENSIS AVGVSTI ANNI MDCCCLXI

PVBLICE DEFENDET

IOANNES IOSEPHVS LATZ

RHENANVS

ADVERSARIORVM MVNERE FVNGENTVR:

G. PHILIPPS, DR. MED.
A. MEIER, D. D. MED.
FR. HERTEL, CAND. MED.

BONNAE,

FORMIS H. B. KOENIG.

MDCCCLXI.

VIRO ILLVSTRISSIMO

GVILELMO BVSCH

MEDICIN. ET CHIRVRG. DOCTORI PROFESSORI. PVBL. ORDIN. INSTITVTI KLINIC. CHIRVRGIC. ET OPHTHALMIATR. IN VNIVERSITATE FRIEDERIC. GVILELM. RHENANA. DIRECTORI COMPLVRIVM SOCIETAT. SODAL. ETC. ETC.

PRAECEPTORI DILECTISSIMO

PIO GRATOQVE ANIMO

HASCE STVDIORVM PRIMITIAS

D. D. D.

AVCTOR.

De reductione luxationum humeri et femoris aliquot observationes.

Omnes contorsiones abnormes, quibus fines ossium in articulationem coeuntes de loeo suo eiiciuntur eiectique retinentur, luxationes vocari quisquis chirurgiae scientia vel tenuiter imbutus est haud ignorat. Quae luxationes ex causis oriuntur variis: aliae enim sunt traumaticae, aliae pathologicae, aliae denique congenitae. Quarum omnium frequentissimae sunt traumaticae, quae tamen et ipsae, id quod observationes enumerationesque publice institutae apertissime ostenderunt, inter rariores corporis humani laesiones numerari debent. Ex traumaticis ipsis humeri luxationes longe sunt creberrimae: quod genus luxationum ceteras omnes frequentia antecedit. Multo rarius reperias femoris luxationes, quae quidem ipsae aliis sunt frequentiores. Cujus rei causam in singulari illa cum finium ossium tum capsulae ligamentorumque articulationem iungentium constitutione positam esse oportet. Etenim cum extremitates superiores inferioresque ita sint natura constitutae, ut libere expediteque truncum versus moveri queant, finibus ossium mobilioribus, capsula laxiori ligamentisque congruenter dispositis simul instructae esse debent. Inde igitur tantam articulationum illarum ad luxationem dispositionem esse repetendam, fere neminem dubitaturum puto.

Quamquam non inficiari ausim, plurimum quod quidem pertinet ad dispositionem frequentiamque harum luxationum facere momenti vel aetatem vel sexum vel anni tempora: de qua re disputare plura abs hoc loco alienum arbitror, quippe cum id unum in opusculo hoc conscribendo mihi proposuerim, ut de luxationibus humeri et femoris reducendis copiosius disseram.

Reductionem luxationum eam igitur dicimus operationem, qua efficitur, ut fines articulationis luxatae in locum suum normalem rursus redeant: cui arti excolendae penitiusque cognoscendae etsi viri chirurgiae studiosi omnibus temporibus plurimum operae impenderint neque profecto ulla defuerunt aetate, qui eius cognitionem experimentis novis inventionibusque sagacissimis ad hibitis auxerunt, tamen huius chirurgiae partis cognitionem nimis adhuc esse tenuem atque imperfectam, quisquis libros vel remotiores, vel nostrae aetatis hac de re conscriptos perlecturus est, haud infitiabitur. Etenim, ut hoc utar, quod luxationes eiusdem generis modo nulla fere virium contentione adhibita reducuntur, modo viribus summis quam pertinacissime resistunt, cuius rei exempla praesto sunt quam plurima eaque luculentissima, quomodo interpretandum sit prorsus nescimus. Quin etiam haud ita raro accidit, ut vis centum amplius Kilogrammorum ad luxationem reducendam nequidquam admoveatur, dum die insequente post motum aegroti fortuitum malum omni ope externa remota sponte tollitur. Itaque quum neque in machinarum variarum in luxationibus reducendis inopia versemur copiaque satis magna suppeditet methodorum inde a Hippokratis temporibus per tot annorum decursum a medicis celeberrimis ingeniique acumine insignibus inventarum, tamen nullo modo negare possumus, omnem nostrae etiam aetatis chirurgorum operam curamque in luxationibus sanandis collocatam aut nullum aegroto, aut serum ferre auxilium.

Cum igitur omnia quaecunque mechanice praebet adiumenta, vectem, cylindrum, bacillum, machinam tractoriam, alia, haud ita raro frustra adhiberi appareat, neque in dubium vocari liceat, in illis machinis adhibendis nullam neque admovendi neque dirigendi rationem iis quae luxationum reductioni reniti solent impedimentis nequaquam sublatis usu non venisse, neque ipsum denique chloroformium, quod quanto sit in luxationibus reducendis auxilio, quis est qui ignoret? principalem difficultatem tollere valeat, equidem impedimenta ipsa, quae vel articulatione luxata vel partibus eius mollibus externis continentur, adhuc medicis cognita perspectaque esse putaverim; eaque causa mihi videtur, cur reductionis articulationis luxatae tam incertus omnino sit eventus tamque imperfectus. Iure enim omnes luxationum reducendarum methodos, quibuscunque aut vetustate aut medio aevo uti consueverant, id quod luculentissime apparet ex libris maiorum, sola experientia nisas fuisse dixeris. Quam rem pro cognitione physiologiae et anatomiae tum temporis vilissima nil debes mirari. Nostra demum aetate harum disciplinarum cum in aliis morbis tum in luxationibus sanandis rationem ducere coeperunt: unde novam quandam in artem luxationum reducendarum lucem redire necesse fuit. Quo maiore enim studio anatomiam pathlogicam colebant, eo magis operam dare coeperunt, ut in sectionibus instituendis commutationes recentibus luxationibus effectas cognoscerent; cumque haud ita saepe suppeterent cadavera luxationi affecta, in luxationibus arte factis experimenta instituebant. Tali igitur modo brevi cognitum est musculos articulationi circumdatos propter singularem illam vim contractoriam atque elasticitatem reductioni luxationis quam maxime resistere. Aliud impedimentum in parte capsulae integra ligamentisque accessoriis admodum intentis positum esse apparuit. Praeterea ossibus procurrentibus reductionem luxationum multo dificiliorem reddi, nemo non intelligit.

Musculi resistentiam etsi chloroformio remedio chirurgiae pretiosissimo, haud paullum imminui liceat, tamen saepissime omnes luxationum reducendarum tentationes conatusque plus minusve videmus frustrata. Ipsam quidem elasticitatis vim musculi chloroformium frangere nequit; neque vero huius tanta potest esse resistentia, quanta saepe in operationibus eiusmodi institutis animadvertitur. Equidem capsulae ligamentorumque resistentiae potius tribuendum esse putaverim, quod luxationis reductio nisi prorsus ad irritum redigitur; certe summopere impeditur. Quam sententiam ut teneam casu aliquo in clinico universitatis Bonnensis chirurgico hoc anno observato imprimis adducor. Die enim XIII mensis Februarii F. M. Bonnensis, annos viginti septem natus, luxatione humeri sinistri affectus clinicum chirurgicum adiit.

Staturam habebat mediocrem, vultum sanum, corpus validum musculos bene conformatos. Humerus lateris laesi in parte exteriore posterioreque admodum deplanatus fuit; parte autem anteriore atque interiore circa processum coracoideum exsinuationem maiorem quam in latere sano exhibuit. Proximo infra acromion valde prosiliens fovea supra musculum deltoideum conspiciebatur, in qua cavitas glenoidalis haud difficili negotio sentiri potuit. Parte anteriore sub ipsum processum coracoideum caput humeri globosum, quod illius acumine in partes duas aequales divisum erat, emersit. Ceterum neque contusionis neque inflammationis ulla symptomata aderant. Lacertus nonnihil a trunco distabat lineasque nonnullas extentus erat. Antibrachium humerum versus angulo obtuso erat inflexum. Caput aegroti in latus aegrum inclinabatur. Quae symptomata luxationem humeri subcoracoideam aperte indicavere. Causam laesionis rogatus nocte superiore paroxysmo epileptico se affectum fuisse professus est: inter quam tentationem, si quidem ei fides tribuenda erat, duodecima iam

vice laesionem eandem sibi intulerat. Ceterum haud multo plerumque opera impensa malum hoc sublatum fuisse idem affirmavit. — Ad luxationem igitur reducendam aegrotus primum adhibito chloroformio narcosi affectus est. Deinde apparatu Shneidero—Maneliano admoto brachium horizontaliter extentur. Quo facto etsi brachium apparatu paullatim intento adeo esset exstensum, ut musculi circa articulationem humeri iacentes paene rumperentur, caput humeri ne tantulum quidem a loco suo recessisse apparuit. Quapropter relicta illa reducendi ratione extensionem verticalem a Mothe commendatam institui placuit; at ne hac quidem adhibita methodo caput in cavitatem glenoïdalem reponi licebat. Neque magis efficiebatur calce in foveam axillarem hypomochlio quodam obnixo tractionibusque vehementioribus in brachio simul institutis. Denique caput humeri de inopinato in acetabulum recessit. Vir clarissimus Prof. Busch brachium dependens motibus vecticalibus levioribus simul institutis introrsum rotabat: quo facto luxatio illa fere sine ulla opera reducta est. Eventum prosperum ne quis eo forte referendum esse arbitretur, quod vehementioribus illis reducendi tentationibus antea institutis caput brachii fuerit expeditum et quasi detrusum, alterum exemplum enarrabo, quod luxationis illius reductionem inde nequaquam repeti oportere luculentissime ostendet. Mense enim Maio huius anni, idem aegrotus luxatione simili affectus, quae quidem ut antea inter convulsiones epilepticas exorta fuerat, clinicum chirurgicum petiit.

Itaque eidem, quos antea discripsi motus statim instituti sunt: quo facto caput humeri nulla fere virium contentione adhibita continuo in cavitatem glenoidalem iterum recessit. Cuius observationis tam insignis atque notabilis ut cognosceret causas, vir clarissimus Busch luxationes in cadaveribus arte effectas accuratius inquirere statuit; numeroque experimentorum haud exiguo instituto, capsulam in

multis extendendi methodis, quae vocantur vehementiores, summam exercere resistentiam, id quod iam antea fuit suspicatum, plane confirmatum comprobatumque reperit. Facillime vero articulationem vidit repositam, cum hae observarentur regulae: Membrum igitur luxatum perinde enadversus truncum collocatum esse debebat, atque in luxationis ortu, simulque marginem superiorem fissurae capsulae ab inferiore vel anteriorem a posteriori ita seiungi oportebat, ut rima capsulae dehisceret. Quapropter V. Cl. Busch hanc imprimis in luxationibus reducendis legem observandam esse censuit, ut caput articulationis, quod licet comparari cum orbiculo foramine angusto capsulae simili retendo, fissuram capsulae versus ita ducatur, ut haec ipsa capite perrumpente in transversum distenta quam fieri possit latissime dehiscat. Comprobabuntur hae observationes nonnullis experimentis, auctore ac duce V. Cl. Busch praeceptore dilectissimo a me instituta; de quibus copiosius disserere mihi in animo est.

Experimentum primum. In cadavere feminae annorum circiter sexaginta corporisque staturae mediocris extremitas sinistra inferior angulo dextro inflexa atque adducta est. Deinde cutis inter trochanterem maiorem et tuber ischii dissecatur per musculi glutaei maximi decursum, musculus glutaeus maximus ipse quocumque fibrillas emittit disiungitur, musculi denique pyriformis et obturatorius internus una scinduntur. Iam ubi paries capsulae posterior sic nudatus nonnula ex parte dissecta est, femur ad luxationem efficiendam vehementius inflectebatur introrsumque rotabatur. Quo facto extremitas similiter atque in luxatione iliaca inflexa, adducta introrsumque rotata extitit, quod unde potissimum efficeretur, ut manifestum fieret, cutis infra spinam anteriorem inferiorem ossis ilii ex transverso discissa et retecta est. Deinde musculi glutaei paullum intenti dissecti sunt; neque magis intentus apparuit muscu-

lus sartorius. Omnium musculorum maximi fuerunt intenti musc. tensor fasciae latae et rectus femoris in latere anteriore. musculus quadratus et musc. gemelli in latere posteriore, Musculus iliopsoas abdomine aperto resolutus laxusque apparuit. Omnibus igitur musculis dissectis, femur eadem qua antea ratione collocatum remansit. Accuratiore disquisitione instituta, caput femoris in os ilii ab acetabulo detortum esse apparebat; paries capsulae posterior remissus erat; anteriore nec non ligamento iliofemorali summopere intento: quibus partibus causa status femoris abnormis sola continebatur. Reductio luxationis denique hunc in modum facillime effecta est: Femur angulo recto inflexum et graviore vi adductum introrsum rotabatur. Inflectione ergo femoris factum est, ut paries capsulae anterior ligamentumque iliofemorale resolverentur, adductione vero illud efficiebatur, ut caput expediretur capsulaeque rima una distenderetur quae quidem capite appropinquante inter femoris extensionem in transversum dilatabatur.

Experimentum alterum. Eiusdem quod antea adhibitum fuerat cadaveris brachium simistrum sub processu coracoideo tam deorsum quam introrsum luxatum est, hac inita ratione, ut brachium acromio quasi hypomochlio simul obnixo supra caput reclinaretur.

Post cutem supra musculum deltoideum ad axem longitudinalem brachii dissectam mediae m. deltoidei fibrillae nonnihil intentae apparébant. Itemque musculus biceps et coracobrachialis nec non mm. supraspinatus et infraspinatus haud paullum intenti erant; minorem tamen musculus teres minor intentionem exhibebat. Omnibus musculis praeter subscapularem dissectis brachium situm illum abnormem retinebat. Caput articulationis post parietem capsulae anteriorem perrumptum musculo subcapulari, qui quidem partim laceratus fuit atque intentus, circumvolutum fuisse apparuit. Simul paries anterior exteriorque capsulae admo-

dum erat intentus.

Itaque capite leniter cauteque reducto, partes integrae musculi subscapularis a capsula separatae atque ex transverso dissectae sunt. Deinde post luxationem denuo instauratam sola capsula brachium in situ illo abnormi retineri posse satis manifestum fuit. Reducebatur caput facillime motibus vectialibus adhibitis brachioque introrsum rotato.

Experimentum tertium. In cadavere viri mediae aetatis ad luxationem efficiendam paries capsulae posterior inferior dissectus est. Deinde femur vehementius inflexum adductumque introrsum rotabatur. Quo facto primum num luxatio ita possit reduci, ut femur ad membri luxati situm extenderetur, tentatum est; neque tamen viribus 125 libras fere adaequantibus adhibitis caput de loco suo quidquam movebatur. Deinde vero methodo quam supra descripsi adhibita caput confestim nullo fere negotio in acetabulum repositum est. Quae experimenta luculentissime ostendunt, capsula ligamentisque eius accessoriis retineri posse; id quod imprimis respiciamus oportet, interdum eorum in luxationibus reducendis esse resistentiam: Quarum observationum rationem duxeris, omnis eiusmodi operatio levior faciliorque reddetur. Ita sperari licet fore, ut methodis illis, quas violentas dicere solent, magis magisque reiectis, regulas supra relatas praecipueque legem a Busch propositam in luxationibus reducendis potius respiciant. Quae quidem regulae nusquam facilius observari possunt, quam in luxationibus humeri et femoris. Primum enim rimae capsulae situm et condiciones ex symptomatis, quae sunt luxationibus propria satis facile cognoscas.

Praeterea pro tanta harum articulationum mobilitate, qua efficitur, ut qualibet ratione truncum versus possint admoveri, regulas illas observandi potestas numquam deficiet. Iam varias articulationis humeri et femoris luxationes methodosque principales reductionis accuratius perlustrabo:

quo in opere sic mihi versandum esse existimo, ut quam habeant illae ad nostram legem rationem semper examinem. Quodsi mihi contigerit, ut ad reductionem luxationum faciliorem simplicioremque reddendam aliquid effecerim praemium satis amplum me assecutum esse existimabo.

Luxationes humeri antiquitus pro diverso truncum versus statu discerni solebant. Hippokratis iam temporibus luxationes superiores ab inferioribus, interiores ab exterioribus intergnoscebant. Cuius discriminis per multorum annorum decursum stetit auctoritas. At simulac per anatomiae progressum conditiones topographicas, quae sunt variis corporis humani partibus propriae penitius cognoscere licuit, etiam luxationes pro capitis partes vicinas versus situ discernere studuerunt. Ita factum est, ut novae divisiones admodum numerosae excogitarentur: quas omnes recensere longum est. Equidem hac in disceptatione divisionem a Malgaigne propositum secuturus sum. A quo luxationes humeri sic dissiunguntur:

a. Luxationes in foveam axillarem directae	1.	Luxat. subcoracoidea completa
	2.	Luxat. subcoracoidea incompleta
	3.	luxat. subglenoidalis
b. Luxat. introrsum vergentes	4.	lux. intracoracoidea
	5.	lux. subclavicularis
c. Luxat. in aversum abeuntes	6.	lux. subacromialis
	7.	lux. infraspinalis
d. lux. partem superiorem versus directae	8.	lux. supracoracoidea.

Primam igitur classem, quae est luxationum in foveam axillarem directarum, tribus apparet constare ex generibus; horum

primum est luxatio subcoracoidea completa, alterum luxatio subcoracoidea incompleta: quae genera una tractabo, propterea quod et ortu, et symptomatis et reductione simillima sunt. Itaque iam primum de luxatione subcoracoidea disseram.

De Luxatione subcoracoidea.

Ila luxatio frequentissime occurrit. Oritur brachio semper abducto. Plerumque enascitur manu vel cubito casu aliquo concusso; nonnumquam vel vehementiori brachii motu efficitur: id quod in convulsionibus epilepticis plerumque accidit.

Priusquam de reductione huius luxationis copiosius disseram, observationes pathologico-anatomicae vel in hominibus defunctis recenti luxatione affectis vel in cadaveribus artificiali luxatione affectis institutae breviter sunt recensendae. Ex quibus haec fere efficiuntur: Quando cunque perfecta exstitit luxatio, paries capsulae anterior plus minusve diffissa apparet; simul caput humeri sub processum coracoideum collocatum est, cuius acumine in duas partes aequas dividitur. Mm. subscapularis et teres maior nisi aliqua ex parte discissi tamen certe intenti apparent. Itemque musculus biceps intentione maiore affectus est; tendo enim capitis eius longi nec non capsulae pars integra et mm. supraspinatus et infraspinatus supra cavitatem glenoidalem extenta sunt. In luxatione imperfecta rima capsulae non tam magna est; simul humeri caput in margine anteriore inferiore cavitatis glenoidalis repositum ad finem exteriorem processus coracoidei plerumque innititur. Musculi non tam intenti apparent; fissuras non nisi raro exhibent. Luxatio incompleta levioribus illis methodis, id est capitis impressione vel motionibus vecticalibus, satis facile reducitur. Optima quidem reducendi ratio ea esse videtur, qua post scapulam fixam brachium motibus levioribus introrsum rotatur. Multo tamen maiore opera ac contentione in re

ducenda luxatione completa opus est: quamquam haud ita raro commemoratum exemplisque comprobatum inveniamus, motibus vel levissimis eam fuisse repositam. Itaque iam inde ab antiquissimis temporibus ad luxationes huiusmodi completas tollendas extensionem violentam adhibebant; quae extensio in tres praecipue partes directa est aut deorsum ad membri luxati lineam, aut externam partem versus ad lineam horizontalem brachii, aut sursum ad verticalem. Quarum antiquissima eoque pessima illa est, quam primo loco posui: ea enim efficitur, ut et capsula magis etiam intendatur firmiusque ad cavitatem glenoidalem applicetur, et capsulae fissura circa brachii collum firmissime constringatur; ita ut caput humeri non nisi summis viribus admotis transmitti liceat. Extensio horizontalis illud quidem praebet emolumenti, quod paries capsulae anterior a cavitate glenoidali tollitur relaxaturque; tamen caput rima capsulae in longitudinem extenta simul impeditur, quominus in cavitatem glenoidalem recedat. Omnium huiusmodi operationum praestantissima esse videtur extensio verticalis a Mothe commendata: qua adhibita et paries superior capsulae relaxatur nec humeri caput rima capsulae constringitur, ita ut facilius per aperturam recedere possit. Ceterum omnes extendendi methodes violentas, qualescunque sunt, evitari posse arbitror, dummodo regulas supra commemoratas observare studeas. Etenim motionibus vecticalibus levibus caput expediri poterit; brachio autem introrsum rotato rima capsulae in transversum capite distendetur idque ipsum in cavitatem glenoidalem reducetur. Qua ratione quam facile luxatio reponatur, exemplum illud in clinico chirurgico Bonnensi observatum, de quo supra dictum est satis demonstrasse existimo. Neque possum tamen hoc loco quin commemorem Gérard similem methodum secutum tredecim luxationes in homine vivente summa reposuisse facilitate. Quod vero hanc reductionis rationem

ad nostram illam legem comprobandam plurimum facere affirmavi: Iam primum liquet, tractu brachii in axem glenoidalem illati cubitique brachii luxati impressione fieri oportere, ut capsula integra non tam intendatur quam relaxetur; tum rimam capsulae capite appresso in transversum simul dilatari atque extendi necesse est. Ex quo apparet hanc methodum ad eandem fere rationem et quasi principium atque nostram legem referri debere. Ceterum illam utpote simpliciorem facilioremque huic longe anteponendam esse putaverim. Recentes quidem luxationes ea numquam non reducentur. At ubi antiquior exstitit luxatio, interdum facere non poteris quin ad methodos illas violentas confugias; earumque ut supra dixi illa praestantissima est, quam Mothe commendavit: qua adhibita cum adhaesiones novae facillime separentur tum rima capsulae satis distendatur.

De Luxatione subglenoidea.

Apud veteres de luxatione subglenoidea nihil invenimus relatum: unde satis liquet, superioris luxationis loco eam semper fuisse positam. Primum huius laesionis descriptionem quantum quidem scio proposuit Iean Louis Petit: quo auctore perinde oritur atque luxatio subcoracoidea, nisi quod brachium et maiore plerumque spatio a trunco distat neque in aversum abductum est.

Malle et Goyrant cum in cadaveribus experimenta instituerent, repererunt, hac in luxatione inferiorem tantum partem capsulae esse diffissam, anteriorem vero remanere integram: quo eidem putant effici, ut capite ab ascensione impedito luxatio subcoracoidea exoriri nequeat. Caput enim sub ipsa cavitate glenoidali esse collacatum, ita ut modo parieti anteriori, modo posteriori foveae axillaris propinquius sit. Nonnulli maiorem capitis mobilitatem sibi con-

pexisse visi sunt. Musculi non nisi raro diffinduntur; m. deltoideus et biceps admodum sunt intenti. In hominibus vivis luxationes huiusmodi haud difficili negotio reducuntur. Quod Malgaigne bis extensionem horizontalem quater inferiorem a se adhibitam fuisse affirmat: equidem de causis antea latius expositis non magis in hoc luxationis genere quam in luxatione subcoracoidea ad violentas illas extensiones confugiendum esse arbitror. Melius huic luxationi orsitan conveniat methodus Mothiana: quam si adhibueris, frima capsulae in transversum dilatabitur et capite appoprinquante intendetur, dum pars integra aut prorsus relaxatur aut nullam certe resistentiam exercere valet. Quamquam haud ita saepe contingat, ut extensione vecticali sit utendum, quippe quum levioribus illis reducendi rationibus, quae in luxationis subcoracoideae reductione adhiberi solent, id est motionibus vecticalibus et rotatione, nec non methodo a Gérardo inventa malum omnino satis facile tolli liceat.

Luxatio intracoracoidea. Illam humeri luxationem dicimus intracoracoideam, in qua caput humeri quamvis infra processum coracoideum sit collocatum, tres fere quadrantes diametri sui supra eius acumen partem internam versus procurrit. Oritur aut manu cubitove inter brachii a trunco abductionem casu aliquo quassato, aut ipsa articulatione humeri vehementiori vi affecta. Commutationum articulationis partiumque vicinarum luxatione affectarum pro disquisitionibus cum in luxationibus recentibus antiquioribusve, tum in cadaveribus institutis potissime haec sunt: Capsula tam in pariete anteriore quam interna rima maiore discissa apparet. Simul caput brachii in collo scapulae iacet. Acumen vero processus coracoidei tuberculo maiore ad acetabulum semper vergente aut in canali bicipitis aut paullo longius parte tam interiore quam exteriore protrusum ante capitis superficiem collacatum est. Plerumque in luxationibus huiusmodi naturalibus vel arte effectis tuberculum

maius detrusum apparet, dum margo acetabuli in excavationem ita exortam se inserit. Neque ita raro evenit, ut musculi tuberculo maiori inhaerentes, rursus avellantur. Musculum subscapularem modo laceratum modo adhuc integrum supra caput protentum inveniebant. Quandocunque vero contigit, ut neque tuberculum maius discuteretur, neque musculi abscinderentur, capsulam totam simul avulsam fuisse fere semper observabant. Pro qua conditionum pathologico - anatomicarum ratione reductionem luxationis intercoracoideae neque tam facile neque tam celerem esse quam superiorum duarum, id quod experientia prorsus comprobatur, nequaquam mirari debemus. Nunquam enim neque extensione horizontali neque inferiori caput humeri in locum suum normalem reductum vidimus, nisi vires Kilogramma 150-200 aequantes fuerant adhibitae. Nec ita quidem motionibus vecticalibus una adhibitis, malum semper tolletur: quod unde sit repetendum explicare longum est. Neque praestabiliorem Mothianam methodum futuram esse existimo: cui impendimenta admodum numerosa obstant. Equidem hanc potissimam rationem sequendam esse putaverim: Aegroto in latere sano incubanti scapula a ministro primum fixatur; deinde chirurgus a tergo appropinquans brachium luxatum prehendat, in aversum superneque quantum fieri possit reponat, vehementius trahat, rotatione denique interiore in frontem reducat. Qua ratione adhibita rima capsulae satis facile dilatabitur. Etenim iam brachio in aversum reposito eo pars capitis, quae ad acetabulum innititur aliquantum amovebitur: quem effectum admodum augebis, si brachium circa articulationem inde a parte inferiore impresseris. Sic illud etiam efficietur, ut rima capsulae quantum opus est, dehiscat: ita ut caput rotatione advolutum ulla sine opera in cavitatem glenoidalem possit relabi. Tum pars capsulae integra motibus illis nulla affecta intentione ab acetabulo amovebitur. Quapropter in luxatione

huiusmodi reducenda hanc imprimis methodum numquam omittas inexpertam: qua quidem malum multo utique facilius quam extensione violenta tolletur. Motibus vero vecticalibus simplicibus et rotationi margo acetabuli nimis renititur: ita ut ad exitum prosperum fere nunquam ducant.

De Luxatione subclaviculari.

Haec luxatio illud habet proprium, quod humeri caput ex cavitate glenoidali propulsum propter processum coracoideum sub claviculam ascendit. Oritur similem in modum atque luxationes superiores nisi quod vehementiori affectione opus est. Ceterum inter rariores humeri luxationes numeranda est; quapropter condicionum eius pathologico-anatomicarum non nisi tenuem habemus notitiam. In eis speciminibus, quorum observandorum sectione instituta occasio data fuit, capsulae paries anterior superior latius diffissus, inferior plerumque integer apparuit. Simul caput humeri in radice processus coracoidei collocatum atque a clavicula spatio modo maiore modo minore divisum fuit. Musculos plerumque integros reperiebant. Quamquam vix dubium est, quin musculi in hac quoque luxatione interdum discindantur: quippe qua omnes musculi quicunque ex scapula oriuntur, summopere intendantur atque distorqueantur. Qualis quum sit conditionum pathologicarum ratio, luxationem haud facile posse reponi satis liquet. Atque profecto hoc luxationis genus utpote difficillimum maximeque ambiguum inde ab antiquissimis temporibus chirurgi summopere verebantur. Itaque haud raro accidit, ut vel in recentissimis luxationibus post vires summas adhibitas de prospero reductionis eventu omnino esset desperandum. Quod quantum aegroto afferat detrimenti nemo non perspicit: primum enim brachium omni fere mobilitate caret; tum plexu nervorum capitis impressione exposito paralysis vel formicationes vel aliae huismodi affectiones saepissime

oriuntur, id quod in aliis luxationibus multo rarius evenire solet. Permagnus quidem est numerus methodorum a chirurgis ad hanc luxationem reducendam excogitatarum: quae omnes accuratius recensere non cadit hanc in disceptationem. Galenus huius luxationis specimen calce in fŏveam axillarem obnixo tractionibusque brachii haud multa opera impensa se reposuisse commemorat. Alia extensionibus supra descriptis non sine magna quidem virium contentione reducta esse constat: ex quibus extensionibus, si quidem huius luxationis naturam accuratius exigas, eam certe aptissimam maximeque rationi convenientem iudicabis, qua brachium fere ad decursum processus coracoidei ex obliquo deorsum porrigitur: id quod non minus experientia comprobatum est. Velpeau enim, ut hoc unum afferam exemplum, cum extensionem brachii admodum sublati bis nequidquam instituisset, post extensionem obliquam adhibitam luxationem statim vidit repositam. Haec igitur operatio tam ratione quam usu maxime probata ita instituatur necesse est: Tractionem brachii obliquam, qua quidem in hoc luxationis genere supersedere non poteris, deorsum directam esse oportet. Qua ratione ubi caput usque eo deducta est, ut sub acumine processus coracoidei insistat, motibus vecticalibus, qui in luxatione subcoracoidea adhiberi solent, facillime in locum suum reducetur, nisi forte in cavitatem glenoidalem sponte recessurum est. Utcumque est, haud paullum haec methodus praestabit extensioni horizontali, qua si utaris, processus coracoidei resistentia quam maxime prohibearis necesse est. Neque magis extensionem superne directam equidem commendáverim.

De Luxatione supracoracoidea.

Illi luxationi nomen est tribuendum supracoracoideae, qua caput humeri supra ligamentum coraco-acromiale propellitur: quod genus contorsionis plurimi quidem auctores

omninó exstare negant, propterea quod ipsum ligamentum coraco-acromiale, quominus caput ex cavitate glenoidali superne excedat, prorsus prohibeat. Malgaigne, cuius equidem auctoritatem sequor, duo huiusmodi specimina a se observata esse affirmat: quorum alterum idque haud dubie traumaticum non indignum existimo, quod accuratius hoc loco referam. Homo enim annorum sexaginta octo cursu subito corruente procul proiectus brachio ad corpus firmissime apposito in truncum axillarem cecidit. Pluribus luxationis reducendae methodis frustra adhibitis duos post menses ad medicum illum se contulit; a quo haec fere observabantur: Caput humeri in adversum superneque supra ligamentum acromiocoracoideum luxatum fuit; idem parte externa marginem interiorem acromii attigit, interna processum coracoideum contexit, superna latus inferius claviculae contingens musculum deltoideum ita sustulit, ut acu immissa in parte celsissima caro muscularis crassitudinem linearum 2 $^{5}/_{10}$ exhiberet. Brachium una dumtaxat linea dimidiaque decurtatum fuit. Malgaigne hanc igitur reducendi rationem adhibuit: Dum ministrum acromium superne, introrsum inque adversum urgere iubet, ipse in brachio angulo dextro elato tractiones instituit simulque caput in partem inferiorem, exteriorem, postorioremque propellere studuit.

Viribus Kilogr. 208 aequantibus adhibitis crepitatio quasi ossis fracti percipiebatur; neque tamen reductio iam intrare visa est. Disquisitione acuratiore instituta fractura ossis non apparuit. Ceterum caput paullo mobilius evaserat, ita ut sub claviculam aliquantulum posset detrahi. Movendi etiam potestas admodum aucta fuit. Attamen luxationem nimis utpote antiquam prorsus sanari non licebat. Ceterum reductionem huius luxationis, si qua tibi occurrerit, ita potissimum efficies, ut brachium laesum usque ad lineam horizontalem sublatum in partem adversam

externamque trahas: quo facto caput supra ligamentum acromio-coracoideum in cavitatem glenoidalem facile relabitur.

De Luxatione subacromiali.

Haec luxatio omnino occurrit rarissime superiore verumtamen frequentius. In quo luxationis genere caput humeri post angulum inferiorem acromii collocatum est, ita ut aut marginem cavitatis glenoidalis posteriorem contingat, id quod saepissime invenimus, aut collo scapulae adiaceat. Capsula in pariete posteriore discissa apparet; tendo musculi subscapularis fere semper a tuberculo minore avulsa est.

Tuberculum majus saepe obtrusum reperiebant. Caput humeri musculo terete maiori, infraspinato ac deltoideo contegiatur. Oritur haec luxatio brachio protenus extento, ex manus cubitive convulsionibus efficitur.
Perdifficilem interdum eius esse reductionem nihil est cur miremur. Alii alias huius luxationis sanandae methodos commendaverunt: quibus, si quidem condicionum anatomico—pathologicarum rationem ducas, ea videtur praeferenda, quam in luxationis subcoracoideae descriptione commemoravi, motus scilicet vecticales; quibus adhibitis luxationem imperfectam facillime quidem reduces. Itaque dum scapula a ministro figitur chirurgus brachium altera prope articulationem humeri, altera prope cubitum prehendat: tum brachium motibus vecticalibus leniter partem exteriorem versus flectat et motum supinatorium vehementiorem faciat. Quo facto caput humeri perinde atque in luxatione subcoracoidea sine ulla fere contentione in acetabulum haud dubie recessurum est, Nisi vero, id quod in luxatione completa imprimis eventurum est, propter collum humeri ad acetabulum nimis pertinaciter innisum malum tollere potueris, hanc potissimum ratione adhibeas: Aegroto latere sano incubante post scapulam fixam chirurgus brachium fere ad lineam horizontalem

afferat; illud simul respiciens, ne a trunco nimis amoveatur; tum obnixo genu motus vecticales nec non supinatorium instituat: ita enim efficitur, ut caput humeri expediatur capsulaeque rima intenta in transversum late dehiscat. Quae methodus ne ad antiquior s quidem luxationes sanandas inepta videatur propterea quod et caput ab adhaesionibus expedit et rimam capsulae dilatare valet. Non alienum erit, nonnulla eiusdem laesionis enumerare exempla, quibus legem methodumque nostram haud paulum comprobatum iri arbitror. Coopero contigit, ut cum brachium aegroti naturae luxationis cognoscendae causa tolleret, luxationem ipsam iam reduceret. Consimili ratione Velpeau luxationem brachio forte sublato reposuit: quae tamen specimina inter luxationes imperfectas numeranda esse videntur. Reductionis ita effectae rationem si iam accuratius inquiramus, integram partem capsulae relaxatam, fissuram vero intentam motuque capitis in transversum dilatatam fuisse invenimus. Quapropter ne hanc quidem reducendi methodum in luxationibus huius modi inexpertam omittas: cui motio in aversum directa supinatione una instituta aptissime forsitan addatur. Postremum de luxatione infraspinata pauca mihi sunt dicenda.

De Luxatione infraspinata.

In luxatione infraspinata, quod genus luxationum nemo chirurgorum ignoscit, caput humeri angulum posteriorem acromii transsiliit infraque spinam scapulae processit. Oritur haec luxatio non nisi ita, ut brachium in adversum protentum graviori vi concutiatur. Occurrit omnino rarissime; quapropter condiciones eius anatomico—pathologicae parum adhuc notae sunt. Ea, quae ex observationibus chirurgorum hac de re institutis certa fide depromi licet, huc fere redibunt: Caput post angulum acromii in fossa infraspinata sub ipsa spina scapulae collocatum est.

Capsula in latere posteriore late discissa apparet. Saepenumero musculi circa articulationem iacentes diffissi sunt. Unde apparet, reductionem luxationis esse difficillimam, ita ut nisi summis viribus adhibitis caput in acetabulum reponi nequeat. Extensionem horizontalem utpote aptissimam maximeque rationi convenientem inprimis adhibeas: quae nisi suffecerit capite ad eundem, quem in luxatione subacromiali obtinet locum promoto, methodo supra descripta utendum erit. Ex iis quae supra disputa sunt, satis manifestum esse arbitror; nullam exstare humeri luxationem, in qua legem illam simplicem initio propositam adhiberi non liceat. Quod pertinet ad rationem methodumque, quam in singulis potissimum luxationibus exsequi oportet, futurum ne sit, ut ea quae supra monuerim, usu experientiaque comprobentur, non iam decernere ausim. Quae cum ita sint, illud mihi praesertim hortandum existimo, ne quam huius methodi tentandae praetermittant occasionem, qua neque leviorem neque simpliciorem ullam exstare putaverim. Ita enim si contigerit, ut regulam rationi tam convenientem etiam experientia comprobet, permultum efficietur ad reductionem luxationum leviorem faciloremque reddendam: etenim fieri non poterit, quin violentiores ac saeviores methodos magis magisque reiiciant, illam utpote simplicissimam facillimamque potius sequendam rati.

Iam mihi transeundum est ad femoris luxationes: in quibus legem illam multo etiam facilius quam in luxationibus humeri posse adhiberi, multis experimentis -observationibusque edoctus sum. Femoris vero luxati repositionem quisquis ad rationem simpliciorem leviorem que redacturus fuerit, eum rem gravissimam maximeque exoptandam esse assecutum, nemo est quin perspiciat. Etenim si historiam luxationum femoris perlustraveris, quantae fuerint interdum dificultates superandae quantaeve vires admovendae, ut caput femoris in locum suum reducatur, plane intelliges.

Neque vero post machinas methodosque diversissimas easque saevissimas adhibitas muscularum ligamentorumve nimis pertinacium resistentiam semper fractam fuisse reperias. Nostra aetate etsi saeviores illae superiorum pro tanto anatomiae progressu experientiaque observationibus creberrimis amplificata haud ita saepe usu venire constet, tamen multum adhuc abest, ut omnis ex hac chirurgiae parte violentia prorsus eiecta atque eliminata sit. Quapropter in singulis femoris luxationibus recensendis, illud imprimis mihi agendum esse putavi, ut quemadmodum unicuique regula illa commodissime adaptetur: quare si quid ad repositionem luxationum femoris faciliorem reddendam effecerim, plurimum assecutus esse mihi videbor. Hippokratis iam tempore pro diverso capitis ex acetabulo excedentis cursu quatuor luxationes femoris discernebant: interiorem, exteriorem, superiorem, inferiorem: Quae genera ad hunc usque diem exiguas si excipias commutationes, etenim quod Hippokrates negaverat, luxationes incompletae vulgo iam extare creduntur, eadem permanserunt. Nostro quidem tempore Malgaigne duo genera addenda censuit. Unde haec efficitur divisio:

a.	Lux. aversae	1.	lux. ilicae completae. et incompletae.
		2.	lux. ischiadicae
b.	Lux. adversae	3.	lux. ilio-pubales
		4.	lux. ischio-pubales
c.	Lux. superiores (superne directae)	5.	lux. supracotyloideae
d.	Lux. inferiores	6.	lux. subcotyloideae
		7.	lux. subperineales

Iam singulas luxationes eodem quem supra proposuimus ordine accuratius perlustremus.

De Luxatione iliaca.

Luxationum iliacarum, quae quidem omnium femoris contorsionum notissimae sunt ac fere frequentissimae, ea omnino est ratio, ut caput ex acetabulo per incisuram ilio-ischiadicam in os ilii tam posterius quam superius ascenderit. Capsula, quantum pro exigua condicionum anatomico-pathologicarum cognitione affirmari licet, parte inferiore nec non posteriore plerumque difissa est. Caput si quidem luxatio imperfecta est, partim ad acetabulum vergit; si perfecta in osse ilii posteriore aequa fore cum incisura ischiadica altitudine sub margine inferiore musculi glutaei medii collocatum est. Luxatio perfecta cum discissione musculorum numquam non coniuncta est: ex quibus creberrime quidem difissos reperimus gemellos, obturatorium internum, quadratum femoris. Efficitur haec luxatio plerumque inflectione vehementiori femore simul adducto introrsumque rotato: id quod in reductione imprimis respicias oportet. Hippokrates luxationem femore inflexo reposuit. Quae methodus etsi et observationibus anatomico—pathologicis comprobetur et ratione maxime conveniat, postea prorsus oblivione obruta est. Itquae cum omnes chirurgi extensionem ad membri luxati lineam directam, quae methodus et difficilior et incertior est, adhibere consuevissent, Hannibali Pareae insigni laudi fuit quod Hippokraticam methodum per tantam temporis diuturnitatem abiectam iterum repeteret. Ex quo tempore primum caput in acetabulum ita reponere conati sunt, ut femur usque ad angulum rectum inflecterent; deinde femur angulo acuto flectere coeperunt, qua ratione adhibita reductionem capitis multo faciliorem reddi oportebat. Neque tamen cum paries capsulae anterior integer ligamentumque iliofemorale astrictum quantum opus est relaxentur, rima capsulae ita satis distenditur: quod ut efficiatur, femur inflexum vehementius adducendum introrsumque rotandum est. Itaque ad luxationem iliacam

reducendam haec potissimum methodus adhibitur: Chirurgus ad latus sanum aegroti adsistens, femur usque ad angulum acutum inflectat, inflexum attrahat, vehementius adducat, rotatione denique exteriore rursus porrigat. Quo facto caput quasi proprio quodam impulsu facillime in acetabulum relabetur. Pluribus experimentis in cadaveribus institutis edoctus sum, inflectione illud tantum effici, ut caput exadversus acetabulum reducatur; adductione, ut caput a pelve amoveatur et rima capsulae intendatur, femoris denique rotatione ut fissura capsulae dilatetur. Itaque hanc methodum ad luxationes antiquiores reducendas inprimis apta videtur; ut qua caput ab adhaesionibus suis solvatur et capsulae rima angustata quantum opus est distendatur. Neque in luxationibus tantum perfectis verum etiam imperfectis ita ad eventum semper certiorem pervenias, quam capitis impressione vel femoris rotatione ceterisque quotquot leniores vocant methodis adhibitis.

De Luxatione ischiadica.

Luxatio ischiadica cum ilica sive capitis locum sive ortum caussasque respicis, certo coniuncta est propinquitate. Capsulae marginem inferiorem neque in luxatione imperfecta, neque in perfecta integram unquam reperies. Caput si luxatio perfecta est, in eadem qua spina ischii collocata est altitudine in ipso osse ischii institit, si imperfecta ad marginem interiorem acetabuli innititur. Ex musculis in luxatione perfecta praecipue quadratum femoris nec non gemellos, eos tamen rarius, discissos invenies; obturatorius internus plerumque integer est: quo musculo nonnulli existimant prohiberi, ut caput in pelve ascendat et luxationem iliacam efficiat. Aliorum insuper musculorum fissuras fortuito exortas, sicuti in ceteris luxationibus, ita in hoc genere interdum reperias: quod non ita multum facere discriminis satis manifestum est. Historia reductionis luxationis

ischiadicae prorsus eadem est atque luxationis iliacae. Nostra aetate ad luxationem ischiadicam tollendam femur ad angulum acutum inflectere, inflexumque attrahere atque iterum extendere plerique solent: Cui tamen methodo equidem cum propter caussas supra commemoratas tum propter condiciones anatomico — pathologicas huic luxationis generi proprias illam longe praeferendam esse existimo, quam in iliaca potissimum edhibendam esse dixi. Itaque chirurgus ad sanum aegroti latus adsistens femur primum usque ad angulum acutum flectat; tum genu extento femur attrahat adducatque; deinde rotatione exteriore membrum rursus extendat. Cuius operationis eventum non alium futurum, quam in luxatione iliaca, mihi quidem persuasissimum est, quippe cum condiciones utriusque luxationis tantam exhibeant similitudinem affinitatemque. Iam transeam ad luxationes in adversum directas, quae quidem multo rarius omnino occurrunt.

De Luxatione iliaco — pubali.

Luxationem iliaco — pubalem eam dicimus articulationis femoris contorsionem, qua caput per incisuram iliopubalem ex acetabulo in adversum propulsum in ipso osse ilii constitit. Plerumque imperfecta, rarius perfecta aparet. Reductione huius luxationis medicorum animi omni tempore haud mediocriter occupabantur. Neque igitur mirari debemus, quod tot reducendi methodis inveniendis operam dederunt: quarum bonam partem magis ingeniose excogitatam, quam ex usu experientiaque profectam esse apparet. Alii extensionem lineae membri luxati parallelam adhibebant; alii, femore reclinato, genu flectebant vel extendebant; alii post adductionem vehementiorem extensionem tentabant. Nec defuerunt,qui ipsa capitis impressione luxationem tollere conarentur. Novissimo tempore femoris ad angulum acutum inflectionem methodum praestantissimam vulgo existimant:

eiusque methodi multo certiorem esse quam ceterarum qualiumcunque eventum, nullo modo inficiare ausim: etenim hanc si adhibueris rationem neque ad machinas adiumentaque saeviora tibi erit confugiendum, neque ne fissurae maiores oriantur vel alia similia accidant, verendum. Neque vero pro condicionibus anatomico — pathologicis illa methodus cum lege supra proposita consentire potest. Etenim ex observationibus numerosis, quae vel in cadaveribus hominum recenti luxatione affectorum vel in luxationibus arte effectis sunt institutae, haec fere evenerunt: Capsulae paries anterior superior latius discissa est. Caput in luxatione impefecta in incisura ilio — pubali institit, ita ut modo spinae anteriori inferiori ossis ilii, modo eminentiae ilio — pectineae proprius sit; in luxatione perfecta collum femoris incisurae ilio — pubali adiacet, dum trochanter maior ad acetabulum spectat integramque capsulae partem eodem propellit. Ligamentum teres plerumque avulsum est. Musculus iliopsoas supra admodum protentum apparet. Musculus rectus denique ad collum firmissime se applicat. Unde efficitur, caput articulationis, si quidem legis superioris rationem ducimus, non femoris inflectione, verum hyperextensione in acetabulum esse reducendum. Quod ut fieri possit haec potissimum via ingredienda est: Chirurgus ad latus sanum aegroti in ventre incubantis adsistat; tum femur hyperextensione vehementiori ad angulum rectum porrigat, porectum attrahat, adducat, introrsum rotet, iterumque extendat. Quo facto cum rima capsulae, quantum opus est, intendatur ac dilatetur, fieri non potest, quin caput satis facile in acetabulum reducatur. Hanc methodum a Galeno etiam commendatam ad luxationes praesertim antiquiores reducendas aptissimam putaverim. Plures enim, ut commemorat Malgaigne, observaverunt huiusmodi casus, quorum ea fuit ratio, ut vel hebdomade interiecta luxationem reduci non licuisset. Quapropter si illam difficultatem me-

thodo supra descripta tolli contigerit, quod eventurum non ita alienum est supicari, plurimum inde utilitatis chirurgiam esse percepturum, plane liquet.

De Luxatione ischio—pubali.

Haec luxatio efficitur, capite per incisuram ischio—pubalem ex acetabulo secedente. Hippokrates nomine luxationis introrsum directae parum accurate eam appellavit. Oritur eisdem ex causis, quibus superior, femore vehementius extento neque nisi summa cum opera reduci potest. Quare I. L. Petit omnium pessimam eam vocare non dubitavit. Inde etiam illud repetamus oportet, quod quisquis chirurgorum exstitit celebrior et nominis fama ante alios imprimis exellens, novam semper huius luxationis reducendae methodum sibi proponendum censet, Itaque factum est, ut permultae invenirentur methodi eventuque modo felici, modo infelici adhiberentur: neque tamen ulla auctoritatem insignem nacta est. Cuius rei ut caussam cognoscamus simulque rationem reducendi quam aptissimam simplicissimamque inveniamus, primum condiciones anatomico—pathologicae accuratius considerari debent. Raro quidem contingit, ut luxationes propria spectatione probare possis. Verhoeghe cum luxationem ilio—pubalem quinto post reductionem die anatomice inquireret, haec reperit: Capsula anterior late difissa ligamentumque teres a capite femoris avulsum fuit. In textura cellulosa musculo pectineo et obturatori externo inclusa effusio sanguinis haud exigua apparuit: ex quo intelligi licebat caput inter duos illos musculos fuisse collocatum. Ceterus nullus musculorum, quibus articulatio circumdatur, fuit discissus. Eodem fere redibunt, quae ab aliis chirurgis in luxationibus antiquis observabantur. Caput si perfecta exstitit luxatio in foramine ovali collocatum est, si imperfecta, quod genus multo frequentius occurrit, in margine anteriore inferiore acetabuli equitat. Itaque haud

mirandum est, quod hac in luxatione qui extensionem inferiorem, inflectionem, caetera adhibent, in tanta impedimenta incurrunt. Equidem pro hac condicionum anatomio—pathologicarum ratione femoris hyperextensionem, licet minorem quam in luxatione iliaco-pubali in hoc etiam genere potissimum adhibendam esse censeo. Chirurgus igitur ad sanum aegroti in ventre incubantis latus adsistens femur aliquantulo hyperextendat, attrahat, vehementius adducat introrsumque rotans iterum extendat. Quae methodus illud imprimis praebet utilitatis, quod adductione femoris hyperextenti caput a pelve amovetur, quo facto reductioni pervicacius resistere amplius nequit. Omnes praeterea condiciones ad uniuscuiusque luxationis reductionem aptissimas eadem methodo continentur, ita ut de prospero eventu non dubitandum esse putaverim. In luxatione ischio-pubali imperfecta reducenda haud paullum iuvabit femoris inflectio cum adductione vehementiori coniuncta neque huic quidem illam anteponendam non esse existimo.

De Luxatione supracotyloidea.

Quamquam antiquioribus iam temporibus quaedam occurebant femoris luxationes speciem supracotyloidae referentes, tamen certa huius luxationis specimina inde ab anno h. s. XXIX demum observata sunt. Septem omnino exempla adhuc palam facta sunt, quinque luxationis imperfectae, duo perfectae. Extensione in inferiorem partem directa nihil ad ea reducenda efficiebatur: reducebantur post femur inflexum, adductum introrsumque rotatum. Quae metodus etsi illi multo est praestantior mihi quidem nullo modo potest comprobari. Etenim si credi licet ea, quae in cadaveribus huc usque observata sunt, in luxationibus huiusmodi imperfectis caput in ipsam spinam anteriorem inferiorem ossis ilii,cuius latus externum nonnulla ex parte attingit, propulsum invenitur; simul trochanter maior in aver-

sum spectat, minorem vero in margine acetabuli externa plerumque positum repererunt. Capsulae margo superior latius discissa, ligamentum teres avulsum apparet. Musculus glutaeus medius et minimus in transversum diffissi sunt. Itemque musculi gemelli et quadratus femoris fissuras leviores exhibent. Easdem fere perfectae luxationis supracotyloideae condiciones esse oportet, nisi quod caput altius provehitur. In unico il o, quod adhuc observatum est huius laesiones specimine, caput femoris, quantum quidem explorare licebat, inter spinas anteriores ossis illi collocatum fuit. Unde apparet, in hoc quoque luxatione reducenda hyperextensionem femoris cum adductione coniunctam, quae operationes supra accuratius sunt descriptae, potissimum esse adhibendas.

De Luxatione subcotyloidea.

In hoc luxatione capitis status illi, quem in supracotyloidea invenimus, contrarius est. Institit enim in margine inferiore acetabuli super tendinem musculi obturatorii externi. Capsulae paries inferior discissus est. Condicionum huius luxationis rarissimae anatomico-pathologicarum exiguam habemus cognitionem. Primum specimen observatum est ab Oliviero anno h. s. IXX in nosocomio Andegavensi. Ex quo tempore etsi plura etiam occurerint exempla, tamen tantum abest, ut novam quispiam huius luxationis reducendae methodum proposuerit, ut de ipsa ratione in unoquoquo specimine adhibita nihil inveniamus commemoratum. Ceterum eas luxationis subcotyloideae condiciones esse apparet, ut legem illam nostram nullo fere negotio adhiberi liceat. Itaque chirurgus sano lateri aegroti adsistens femur usque ad angulum acutum inflectat, vehementius adducat partemque exteriorem versus rotet: quae cum tam accurate peragi possint, methodum hanc ut luxationi subcotyloideae aptissimam commendare non dubitaverim.

Restat, ut de reductione luxationis perinealis omnium femoris contorsionum rarissima pauca dicam. Luxationis perinealis Malgaigne in libro de fracturis et luxationibus conscripto tria commemorat specimina inde ab anno h. s. XXI observata. Condiciones eius anatomico—pathologicas prorsus adhuc ignoramus, quippe quae autopsia non iam licuerit inquirere. Quae ex specie formaque externa concludi possunt: haec sunt: Capsulae margo inferior atque interior late discissa est. Caput institit, qua os ischii ascendens cum osse pubis descendente iungitur, cumque bulbo urethrae adiaceat, perineum admodum prominentem reddit. Quae cum ita sint, primum caput femore flexo et vehementius adducto in foramen ovale ducere tentes. Nisi vero per rimae capsulae hiatum caput eodem remanente femoris statu in acetabulum retrahere licuerit, nihil est reliquum, quam ut hyperextensionem femoris eadem quam in luxatione ischio—pubali commendavi ratione adhibeas. Pope specimen luxationis perinealis femore ex transverso axis trunci extento satis facile se reduxisse affirmat.

Legem igitur supra propositam etsi propter experimentorum inopiam in unoquoque luxationum genere comprobare mihi non licuerit, tamen pro paucis experimentis, quorum instituendorum occasio mihi facta est, fore ut usu experientiaque prorsus illa confirmetur atque comprobetur: quod si contigerit ad reductionem luxationum leviorem faciliorem-que reddendam multum efficietur. Ceterum, nisi occasio nec otium defuerit, novis accuratioribusque experimentis institutis in hanc rem inquirere studebo.

VITA.

Joannes Josephus Latz in pago Altendorf trigesimo quarto anno h. s. XVII die mensis Iunii natus sum patre Petro Josepho, matre Anna Katharina e gente Wolf, quos ante multos annos demortuos valde lugeo.

Fide catholica educatus, postquam qer quattuor annos primum gymnasium Monasterii Guestphal. tum gymnasium Laurentianum Arnsberg. frequentavi, testimonio maturitatis munitus almam litterarum universitatem Rhenanam adii et rectore magnifico Haelschner medicorum ordini a Decano spectatissimo M. I. Weber adscriptus sum.
Per quadriennium hosce audivi professores illustrissimos: G. Bischof, vân Calker, Caspary, Knoodt, Noeggerath, Pluecker, Treviranus, Troschel, de rebus philosophicis; Boeker, Busch, Helmholtz, Kilian, Naumann, Pflueger, Schaaffhausen, de la Valette, C. O. Weber, M. I. Weber, Wutzer, de rebus medicis. His omnibus viris optime de me meritis gratias agere quam maximas numquam desinam.

Theses.

I. *Labium leporinum proximis diebus post partum operandum est.*

II. *Rigor mortis praecipue efficitur Syntonino coagulando.*

III. *Sectio caesarea, quae sequitur lineam albam, omnibus aliis est anteponenda.*

IV. *In ulceribus curandis dyskrasia minime est negligenda.*

V. *Convulsio est semper symptoma morbi.*